Diabetes und Schwangerschaft

H.		De Watteville
M.		Morel

Genf

Um optimale Resultate bei Diabetes in der Schwangerschaft zu erzielen, sowohl im Hinblick auf die Mutter als auch auf das Neugeborene, ist die Zusammenarbeit von Internisten, Geburtshelfer und Paediatricer unbedingt erforderlich. Bei Notwendigkeit, die Geburt vor dem Termin zu beenden, wird bei Erstgebärenden der Sectio der Vorzug gegeben. Wegen der erhöhten Asphyxiegefahr bei diabetischen Früchten wird von der Allgemeinnarkose Abstand genommen und der Lokalanästhesie bzw. Epiduralanästhesie der Vorzug gegeben. Bei Mehrgebärenden kommt der vaginale Entbindungsweg in Frage. Vor der intravenösen Syntocynoninfusion wird wegen der Gefahr der intrauterinen Anoxie gewarnt. Bei der frühzeitigen Einleitung der Geburt wird man sich am besten durch die Röntgenaufnahme über den Entwicklungsstatus der Frucht Auskunft verschaffen. Ein plötzlicher Abfall von Pregnandiol und Östriol ist als Alarmsignal zu werten. Auch die vaginale Cytologie kann über den Zustand des Fetus Auskunft geben. Auf die rechtzeitige Erfassung eines latenten Diabetes mit Hilfe der Blutzuckerbelastungskurve wird hingewiesen. Bei der Einstellung eines Diabetes wird dem Insulin gegenüber den oralen Antidiabetika der Vorzug gegeben. Auf die Gefahr der Auslösung von Mißbildungen durch orale Antidiabetika wird hingewiesen. Auch aus einer Analyse klinischer Fälle von Stern und Mitarbeitern geht hervor, daß die Totgeburtenrate bei Insulin-behandelten Diabetikerinnen niedriger ist als bei solchen, die mit oralen Antidiabetika behandelt wurden. Die Prognose der Frucht ist abhängig von der Dauer des mütterlichen Diabetes und verschlechtert sich, wenn schon eine diabetische Arteriopathie vorliegt. In solchen Fällen kann es durch eine Plazentainsuffizienz zur mangelhaften Ausbildung des Fetus oder gar zum intrauterinen Fruchttod kommen. E. Gitsch

Gynäk. Rdsch., Bd. 2, Nr. 3 (1965)

Aus: Bull. schweiz. akad. med. Wiss. 21: 129-134 (1965); cit. Gynäk. Rdsch. 2: 161 (1965)